

PSOITIS AIGUES PRIMITIVES OU ESSENTIELLES

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Samedi 24 Juillet 1937

POUR OBTENIR LE TITRE DE

Docteur de l'Université de Nancy

Mention « Médecine »

PAR

HARTMAN Sara

Née le 7 Avril 1910, à Solotwina (Pologne)

Examineurs de la Thèse :	{	MM. FRÉLICH, professeur . . .	{	Président
		ANDRÉ, professeur . . .		Juges
		BODART, agrégé		
		KISSEL, agrégé		

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées
sur les diverses parties de l'enseignement médical.*



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547411_0018

UNIVERSITÉ DE NANCY

FACULTÉ DE MÉDECINE

1936-1937

N° 60

PSOITIS AIGUES PRIMITIVES OU ESSENTIELLES

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Samedi 24 Juillet 1937

POUR OBTENIR LE TITRE DE

Docteur de l'Université de Nancy

Mention « Médecine »

PAR

HARTMAN Sara

Née le 7 Avril 1910, à Solotwina (Pologne)

Examineurs de la Thèse :	{	MM. FRELICH, professeur . . .	Président
		ANDRÉ, professeur . . .	Juges
		BODART, agrégé	
		KISSEL, agrégé	

***Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées
sur les diverses parties de l'enseignement médical.***

RAPID'IMPRIMERIE

NANCY

1937

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

Doyen: M. L. SPILLMANN, O $\star$, I $\odot$

Professeurs honoraire: MM. NICOLAS, $\star$, I $\odot$; WEISS, O $\star$, I $\odot$;
BOUIN, O $\star$, I $\odot$; ANCEL, $\star$, I $\odot$; GARNIER, $\star$, I $\odot$; MACÉ, $\star$, I $\odot$;
P. PARISOT, O $\star$, I $\odot$; DUFOUR, $\star$, I $\odot$;

PROFESSEURS:

Anatomie pathologique	M. L. HOCHÉ, O $\star$, I $\odot$.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	M. L. SPILLMANN, O $\star$, I $\odot$.
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie	M. FRELICH, $\star$, I $\odot$.
Physiologie	M. M. LAMBERT, $\star$, I $\odot$.
Clinique obstétricale et Accouchements	M. A. FRUHNSHOLZ, O $\star$, I $\odot$.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	M. P. JACQUES, $\star$, I $\odot$.
Clinique de chirurgie urinaire	M. P. ANDRÉ, O $\star$, I $\odot$.
Histologie	M. R. COLLIN, $\star$, I $\odot$.
Anatomie descriptive	M. M. LUCIEN, O $\star$, I $\odot$.
Clinique médicale	M. L. RICHON, $\star$, I $\odot$.
Chimie médicale	M. H. ROBERT, $\star$, I $\odot$.
Clinique médicale	M. M. PERRIN, $\star$, I $\odot$.
Hygiène et médecine sociale	M. J. PARISOT, C $\star$, I $\odot$.
Clinique chirurgicale	M. HAMANT, $\star$, I $\odot$.
Clinique ophtalmologique	M. P. JEANDELIZE, $\star$, I $\odot$.
Hydrologie	M. SANTENOISE, $\star$, $\odot$, A $\odot$.
Clinique des maladies des enfants	M. L. CAUSSADE, $\star$, I $\odot$.
Bactériologie et parasitologie médicale	M. DE LAVERGNE, $\star$, I $\odot$.
Thérapeutique	M. P. SIMONIN, A $\odot$, agrégé.
Clinique chirurgicale	N...
Professeurs sans chaire	M. L. JOB, $\star$, I $\odot$.
	M. WATRIN, $\star$, I $\odot$.
	M. BINET, $\star$, I $\odot$.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES:

Clinique des maladies tuberculeuses	M. ABEL, $\star$, I $\odot$, agrégé.
	M. P. SIMONIN, A $\odot$, agrégé.
Pathologie générale	M. DROUET, A $\odot$, agrégé.
Clinique gynécologique	M. A. BINET, $\star$, I $\odot$, prof. sans ch.
Pathologie externe	M. GUILLEMIN, A $\odot$, agrégé.
Clinique des maladies contagieuses	M. DE LAVERGNE, $\star$, I $\odot$, professeur.
Clinique des vieillards	M. DROUET.
Propédeutique dermatologique	M. WATRIN, $\star$, I $\odot$, prof. s. chaire.
Médecine opératoire	M. M. BARTHÉLEMY, $\star$, I $\odot$, ag. l.
Electrothérapie et radiologie	M. G. LAMY, $\star$, I $\odot$, ch. du c. ag. l.
Accouchements (cours théorique)	M. JOB, $\star$, I $\odot$, prof. sans chaire.
Obstétrique	M. VERMELIN, $\star$, A $\odot$, agrégé.
Clinique propédeutique médicale	M. KISSEL, agrégé.
Anatomie et Médecine légale	M. MUTEL, $\star$, I $\odot$, agrégé.
Pathologie interne	M. ABEL, $\star$, I $\odot$, agrégé.
Clinique des maladies mentales	M. HAMEL, $\star$, docteur.
Education physique (1)	M. L. MERKLEN, A $\odot$, agrégé.
Physiologie du travail	M. L. MERKLEN, A $\odot$, agrégé.
Clinique neurologique (1)	M. MICHON, docteur.
Propédeutique O.-R.-L. (1)	M. AUBRIOT, docteur.
Parasitologie	M. DOMBRAY, docteur.

AGREGES EN EXERCICE:

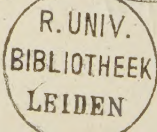
MM. MERKLEN, A $\odot$.	MM. POURSINES.	MM. GUILLEMIN, A $\odot$.
FLORENTIN.	MELNOTTE, O $\star$.	ABEL, $\star$, I $\odot$.
BODART.	MUTEL, $\star$, I $\odot$.	DROUET, A $\odot$.
CHALNOT.	VERMELIN, $\star$, A $\odot$.	KISSEL.
WOLFF, A $\odot$.		

AGREGES LIBRES:

MM. G. GROSS, $\star$, I $\odot$; S. RÉMY, I $\odot$; BUSQUET, I $\odot$;
BARTHÉLEMY, $\star$, I $\odot$; LAMY, $\star$, I $\odot$.
M. E. TRIBOLET, I $\odot$, Secrétaire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver, ni les imputer.



A MES CHERS PARENTS

En reconnaissance de tout ce qu'ils
ont fait pour moi.

A MES SŒURS

A MON FRERE

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

M. le Professeur FRÉLICH,

Professeur de Clinique Orthopédique et Chirurgie Infantile
Chevalier de la Légion d'Honneur

Nous le remercions pour le grand honneur qu'il nous a fait d'avoir accepté la présidence de cette thèse et nous le prions d'agréer l'hommage respectueux de notre profonde reconnaissance.

A NOS JUGES

M. le Professeur ANDRE,

Professeur de Clinique de Chirurgie Urinaire
~~*Professeur Agrégé de Propédeutique Médicale*~~

M. le Professeur Agrégé BODART,

Professeur Agrégé de Chirurgie Infantile

M. le Professeur Agrégé KISSEL

Chargé de Cours de Propédeutique Médical

Qui nous ont fait le grand honneur de juger cette thèse.

Hommage de notre reconnaissance.

INTRODUCTION

Au cours de ce travail, qui nous a été inspiré par notre Maître M. le Professeur Frœlich, nous nous proposons d'étudier les psoïtis primitives aiguës. Sous ce nom, nous entendons les suppurations développées dans la gaine du muscle psoas, indépendantes des lésions du squelette et des organes voisins. La primitivité des suppurations intra-psoïtiques est une question vivement discutée, et de nombreux articles ont été publiés sur ce sujet. Nous avons pensé qu'il pouvait être intéressant de résumer les notions actuelles sur la psoïtis et d'apporter deux cas inédits, dans lesquels la suppuration semble bien être primitive.

Après avoir brièvement tracé l'historique, nous avons rappelé l'anatomie, l'anatomie-pathologique, puis envisagé les différentes hypothèses de l'étiologie et de la pathogénie. Viennent ensuite les chapitres réservés à la symptomatologie, à l'évolution clinique et aux complications qui peuvent survenir si l'on ne pratique pas l'incision de l'abcès.

Nous rapportons deux observations que notre Maître, M. le Professeur Frœlich, a bien voulu nous confier et trois autres que nous avons trouvées dans la littérature.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (*inédite*)

Service de chirurgie orthopédique (P^r FROELICH)

K... Gaston, 35 ans, de Luxembourg, se présente le 30 septembre 1935 dans le service du Professeur FROELICH, avec une hanche droite fléchie à angle droit sur l'abdomen, très douloureuse à manipuler. On ne peut pas palper la fosse iliaque droite. Le sujet est très anémié, il a de l'anorexie. La température est de 38°5.

A l'interrogatoire, on apprend que l'affection dure depuis trente jours. Le sujet était à Juan-les-Pins, où il était piqué par un cousin ou une mouche, à la suite de quoi un petit clou, une éruption généralisée et des petits boutons suppurés dans le dos se sont produits. Depuis quinze jours, il ne peut plus marcher. A la radiographie, il semble qu'il y a quelque peu d'inégalité des contours de la tête fémorale. On pense à un ostéophlegmon de l'articulation coxo-fémorale.

On fait une réduction forcée sous l'anesthésie générale et on met le membre dans un plâtre pendant trois jours. On enlève le plâtre, car le malade ne le supporte pas et on le remplace par une traction continue.

On constate alors qu'il existe, dans la fosse iliaque droite, une tumeur dans la loge du psoas iliaque.

5 octobre. Phénomènes de péritonite. Douleur violente à droite et vomissement de bile.

7 octobre. M. CORRET fait l'intervention sous anesthésie générale. Il ouvre un abcès qui renferme une grande quantité de pus à staphylocoques. Drainage. La fièvre tombe .

15 novembre. Le malade n'a plus de fièvre, la fistule donne du pus en quantité insignifiante. Il rentre chez lui en ambulance.

1^{er} janvier 1936. Guérison complète. La flexion est jusqu'à l'angle droit, l'extension est un peu diminuée. Il persiste peu de boiterie.

Juillet 1936. Guérison complète. Etat général très bon. Il va à la mer.

OBSERVATION II (*inédite*)

Service de chirurgie orthopédique (P^r FROELICH)

E... F., garçon de 9 ans, entre dans le service de M. le Professeur FROELICH, le 6 novembre 1936. Il se plaint de douleurs dans la fosse iliaque droite et ne peut plus marcher depuis quatre jours. La température est de 38°.

A l'interrogatoire, on apprend qu'il a reçu un coup de pied il y a six jours, dans la fosse iliaque droite.

Le 7 novembre, on pratique l'intervention. On ouvre un abcès renfermant du pus abondant, d'allure plutôt ostéo-myélique.

Le 27 novembre. Le pus coule encore. La radiographie du bassin est entièrement négative.

Le 31 novembre. La cicatrisation est complète. Le résultat fonctionnel très bon.

OBSERVATION III (*résumée*)

(*Zentralblatt für Chirurgie*. Budapest, 20 februar 1937)

Benő RACZ

Un lycéen, B... P., 18 ans, pendant un canotage, est tombé sur le dos dans le fond du canot. Il ressent tout de suite une douleur dans la fosse iliaque gauche. Pendant quelques jours, ces douleurs vont en s'accroissant, jusqu'à ce qu'il ne peut plus marcher. La fièvre apparaît.

A l'examen, on voit sa cuisse en flexion et rotation externe, très difficile à manipuler. Il présente des amygdales injectées. La radiographie montre l'articulation du bassin intacte. Sous l'anesthésie à l'éther on pratique l'intervention. On trouve un abcès dans le psoas, qui donne issue à 100 cc de pus bien lié. Deux semaines plus tard, la plaie est complètement cicatrisée et on peut pratiquer l'extirpation des amygdales.

OBSERVATION IV

(FIGARELLA)

G..., garçon de 9 ans. Psoïtis droite. Flexion seule. Peu de température. Tuméfaction douloureuse dans la fosse iliaque, perceptible par le toucher rectal. Incision (pus hématique) au-dessus de l'arcade. Guérison parfaite.

OBSERVATION V (*résumée*)

(SALMON. Rapport de LEVEUF)

Une fille de 10 ans entre dans le service de M. SALMON pour douleurs au niveau de la fosse iliaque gauche. La cuisse est en flexion, en rotation externe et en légère adduction. On sent une tuméfaction mal limitée et douloureuse dans la fosse iliaque. La température est de 37° le matin et 38° le soir. On la traite par le propidon et des compresses chaudes. Huit jours après son entrée à l'hôpital, elle présente brusquement des signes d'irritation du péricône. On intervient et on pratique un large drainage de la cavité péritonéale. Les suites opératoires sont bonnes lorsque, dix jours après l'enlèvement des drains, une hémorragie très abondante, par la plaie, survient. Par suite de l'intervention immédiate, on arrive à sauver la malade. Deux mois plus tard, quand on croyait l'enfant guérie, la fièvre s'allume de nouveau, la cuisse se fléchit, la radio montre des altérations de la tête du fémur et de l'interligne circulaire. On pratique l'extension continue, qui fait cesser les phénomènes de l'arthrite coxo-fémorale, mais laisse une raideur de la hanche.

HISTORIQUE

Les suppurations du muscle psoas étaient déjà connues au XVIII^e siècle. Guillaume de la MOTTE (1771) décrit, dans son « Traité complet de chirurgie », quelques cas d'abcès intrapsoïtique. Il attire l'attention sur le fait que le malade a toujours la cuisse fléchie sur le bassin (signe de de la Motte), il donne à cette affection le nom de psoïte et il pratique l'ouverture de l'abcès.

Au cours du XIX^e siècle, toute une série d'observations, dans lesquelles les auteurs signalent les suppurations du muscle psoas, sont publiées. Les uns rapportent des cas de psoïtis au cours des maladies infectieuses, les autres signalent la coexistence des psoïtis avec des suppurations voisines.

GANGOLPHE (1894) signale la fréquence des psoïtis au cours des inflammations appendiculaires. Il explique leur origine par la propagation de la suppuration de l'appendice à la gaine iliaque. Il attire l'attention sur la gravité des complications, notamment l'arthrite coxo-fémorale, qu'il considère comme mortelle. Il étudie le traitement de la psoïtis et, pour assurer un bon drainage, il pratique même la trépanation du bassin.

Puis paraissent encore de nombreuses observations et articles sur des psoïtis secondaires (GUIBAL, DELORE, SOULAYROL), mais ces auteurs n'expliquent pas pourquoi le muscle psoas est atteint plus particulièrement que les autres muscles et ils ne connaissent presque pas les suppurations primitives du psoas.

C'est FLOURENS dans sa thèse (1925) qui mentionne

l'existence de certains cas de psoïtis primitive, très rare d'ailleurs.

POUCEL, en 1929, discute dans *Marseille Médical* la question des psoïtis. Il explique leur pathogénie par la propagation de l'infection par la voie lymphatique. Cette hypothèse explique non seulement les psoïtis secondaires, mais aussi les primitives : les microbes qui pénètrent soit du dehors par des excoriations superficielles, soit d'une infection intérieure lointaine, gagnent par voie lymphatique les ganglions du psoas. Cette adénite intra-musculaire est suivie d'une myosite.

GABOS, en 1930, parle des psoïtis primitives, qu'il faut diagnostiquer comme telles, après avoir éliminé toute cause possible d'infection de voisinage. INGELRANS et MINNE rapportent onze observations de psoïtis primitives, chez des enfants et des adolescents. LOMBARD publie, en 1930, quatre cas de psoïtis primitive chez des nourrissons et jeunes enfants. CHABAUD, en 1932, publie deux cas de psoïtis primitive en pathologie tropicale.

ROLLAND en 1934: trois observations. POPESCU et PODÉANU, sept observations. Benő RACZ: une observation.

M. le Professeur FROELICH observe dans son service, en 1935-1936, deux cas de psoïtis primitive, chez un enfant de 10 ans et l'autre de 35 ans. Ces observations avec quelques autres nous les reproduisons dans la suite.

ANATOMIE

Le muscle psoas iliaque se compose de deux parties: le psoas et l'iliaque. Le psoas descend de la douzième vertèbre dorsale jusqu'au petit trochanter. L'iliaque occupe la fosse iliaque interne et s'insère en bas sur le petit trochanter avec le tendon du psoas.

Ces deux muscles, entourés d'une gaine résistante fibro-aponévrotique, logent dans le canal iliaque. Le pus, issu par effraction de la gaine peut se propager dans les espaces qui voisinent avec le canal iliaque et arriver ainsi jusqu'au diaphragme, au triangle de Scarpa, dans la région fessière, l'articulation de la hanche et les cavités viscérales.

Le muscle est irrigué abondamment par de nombreux vaisseaux sanguins et lymphatiques. Les artères lombaires alimentent sa partie supérieure, l'artère ilio-lombaire la région moyenne, et l'artère circonflexe iliaque la partie supérieure.

BOLTÉ a décrit, en 1934, la présence de deux ou trois nodules lymphatiques dans le tissu cellulo-adipeux qui entoure le muscle. De ces nodules lymphatiques partent des vaisseaux efférents qui se terminent dans les ganglions périaortiques. En outre, les groupements ganglionnaires régionaux sont en rapport avec le psoas par l'intermédiaire de l'aponévrose ilio-lombaire.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'étude anatomo-pathologique de la psoïtis primitive se résume à l'étude de l'épanchement purulent, qui se forme à l'intérieur de la gaine du psoas.

Les constatations faites au cours de l'intervention nous permettent de conclure que c'est le plus souvent un abcès collecté, mais mal délimité.

Il est presque toujours unilatéral, droit ou gauche.

La quantité de pus qu'il contient varie, selon les cas, de 20 à 100 cc, rarement plus. Pourtant, COHEN-SOLAL cite un cas où il y avait fonte caverneuse totale du psoas iliaque. Le pus est épais, jaune verdâtre, bien lié; parfois il renferme du sang.

Dans les cas avancés, le pus peut rompre la gaine iliaque et se répandre dans les régions voisines. Il peut arriver ainsi jusqu'à la loge rénale ou même jusqu'au diaphragme, ou encore descendre en bas et sortir à la surface, au niveau du triangle de Scarpa, après amincissement de la peau. Il peut aussi arriver à la région fessière ou périnéale.

Il y a peu de données nécropsiques, car les cas de morts sont exceptionnels.

ETIOLOGIE — PATHOGENIE

Les avis des auteurs sur la primitivité des psoïtis sont très discutés. Certains pensent que la psoïtis primitive n'existe pas et que la lésion primitive est seulement très difficile à trouver: « La difficulté de trouver une cause ne doit pas faire penser à son absence » (FIGARELLA).

D'autres, au contraire, considèrent toute psoïtis comme primitive, si aucune lésion de voisinage n'a pu être décelée. Toute une série d'observations démontrent que la psoïtis primitive est une affection relativement fréquente.

En se basant sur toutes ces différentes observations, nous pouvons constater que la maladie survient presque exclusivement chez l'enfant et l'adolescent. L'âge varie entre 2 et 16 ans. Elle atteint plus souvent les garçons que les filles, et le côté gauche est aussi fréquemment atteint que le droit. La psoïtis bilatérale est rare.

Les microbes que l'on a trouvé dans le pus sont presque toujours les staphylocoques dorés. Dans des cas rares, on a vu le streptocoque, le bacille d'Eberth et le pneumocoque causer la suppuration du psoas.

A l'origine de la psoïtis on trouve très souvent le traumatisme. Il est direct, comme un coup de pied dans la fosse iliaque, ou indirect, comme une chute, un effort qui produit une contraction violente du psoas. Parfois c'est une fièvre éruptive ou une infection pulmonaire qu'on trouve dans les antécédents. Très souvent, on signale la présence des lésions superficielles cutanées. Mais il y a des cas où aucune porte d'entrée n'a pu être trouvée.

La pathogénie de cette affection est très discutée. De nombreuses hypothèses ont été émises.

INGELRANS et MINNE expliquent la localisation de l'in-

fection au niveau du psoas de la manière suivante : un traumatisme au niveau du psoas crée un hématome qui est un excellent milieu de culture pour les microbes. Ceux-ci sont apportés par des lymphatiques des membres inférieurs si souvent atteints des lésions cutanées superficielles. Donc, la psoïtis serait consécutive à une lymphangite et adénite iliaque.

Dans les observations de ROLLAND, le traumatisme ne peut être incriminé et même, dans un cas, aucune porte d'entrée n'a pu être trouvée. Il pense que l'infection initiale peut siéger à distance du psoas et que des germes parfois venus de loin peuvent coloniser dans la gaine du muscle. L'infection peut se faire par voie sanguine.

Benö RACZ pense que si les troubles circulatoires, dus à l'activité exagérée et à la fatigue du muscle, sont déjà une cause suffisante pour la fixation et le développement des microbes, il est aisé de comprendre que l'hématome formé après un traumatisme leur soit encore plus favorable. Quant aux microbes, ils existent toujours sur la peau ou dans la cavité bucco-naso-pharyngée, mais l'infection peut se faire aussi à partir du tube digestif, des voies urogénitales et des processus inflammatoires du système lymphatique et sanguin.

De tout ce qui a été dit nous retenons que le muscle psoas est un muscle de structure fragile et de vascularisation abondante. Sous l'influence du traumatisme, un hématome se crée dans le muscle. Cet hématome peut être infecté par les germes qui se trouvent dans l'organisme, par voie sanguine ou lymphatique, ou bien ces germes peuvent venir du dehors par suite des lésions cutanées superficielles. Ils sont véhiculés par les vaisseaux lymphatiques, arrivent dans les ganglions inguinaux. De là, l'inflammation s'étend aux ganglions du psoas.

SYMPTOMES CLINIQUES

Le début de la maladie est le plus souvent insidieux. Le malade ressent une douleur vague dans la fosse iliaque, la marche devient gênante et fatigante, le malade boîte. Quelques jours plus tard, la douleur s'irradie et devient de plus en plus violente, la température monte, l'impotence fonctionnelle du membre qui s'accroît obligent le malade de s'aliter. A l'interrogatoire, on apprend qu'un accident auquel le malade n'a pas fait attention s'est produit il y a quelques jours. C'était une contusion, un coup, une chute, un exercice violent ou une lésion superficielle. Rarement, le malade éprouve tout de suite de la douleur; le plus souvent, elle n'apparaît que quelques jours après. Le tableau clinique se complète par le signe classique, la flexion de la cuisse sur le bassin. Elle est en même temps en abduction et en rotation externe. Le flexion du membre est presque constante (signe de la Motte), l'abduction et la rotation externe font parfois défaut.

A l'examen, on voit un malade dont l'état général est très altéré. Il a l'aspect des grands infectés: les yeux brillants, le teint terreux, la peau moite. La température est de 39°-40°, le malade se plaint de frissons, les urines sont rares. Parfois, il présente des signes péritonéaux. La palpation nous fait sentir une masse dure, qui semble adhérente à l'arcade. La paroi abdominale est souple, mais si la maladie évolue depuis longtemps, l'empatement monte au-dessus de l'arcade. La pression de la collection est douloureuse. SANGOLPHE a considéré comme signe précoce de la psoïtis, la douleur à la pression du petit trochanter. L'articulation n'est pas atteinte, car on arrive à mobiliser la

hanche et modifier l'attitude vicieuse du membre. Seule la flexion est irréductible, et les tentatives d'extension sont douloureuses et s'accompagnent d'une ensellure dorso-lombaire.

Il faut compléter l'examen par la radiographie pour savoir s'il n'y a pas de maladie osseuse primitive. L'examen du pus renseigne sur l'agent microbien en cause et l'examen du sang, s'il montre une augmentation considérable des leucocytes avec prédominance des polynucléaires, confirme la suppuration aiguë.

EVOLUTION ET COMPLICATIONS

Si après la formation de l'abcès on n'intervient pas, l'état général du malade s'aggrave encore. Dans ce stade avancé, on peut sentir par un toucher rectal une voussure douloureuse et fluctuante. Le pus peut aussi s'écouler sous le péritoine et arriver jusqu'à la loge rénale ou même jusqu'au diaphragme. La collection a aussi tendance à évoluer vers le triangle de Scarpa et, après l'amincissement de la peau, le pus peut sortir à la surface. Les gros abcès arrivent à comprimer l'intestin, les vaisseaux, les nerfs et les organes urinaires.

D'autres complications peuvent survenir parfois, même malgré le traitement ; la septico-pyohémie, la thrombose des veines iliaques suivie d'embolie, l'arthrite coxo-fémorale, les complications péritonéales, l'hémorragie foudroyante, sont d'une gravité extrême.

Parmi ces complications, on observe le plus fréquemment l'envahissement de l'articulation coxo-fémorale. L'infection atteint d'abord la bourse séreuse du psoas et s'étend ensuite vers la séreuse de la hanche qui communique avec elle. Cette arthrite se présente sous une forme légère d'une simple réaction séreuse, ou bien affecte une forme grave d'arthrite suppurée. Elle apparaît vers le dixième jour avec une température élevée, des douleurs au niveau de la hanche, la cuisse se fléchit de nouveau. La radiographie montre des signes d'altération du squelette. L'intervention guérit le malade, mais le membre reste enkylosé.

L'hémorragie foudroyante se produit par ulcération des gros vaisseaux (fémorale, iliaque externe) et elle emporte très vite le malade. Mais dernièrement, un cas — dont nous

rapportons dans le chapitre traitement — a été publié, où un malade qui présentait une hémorragie foudroyante, a pu être sauvé.

La péritonite survient par rupture de la collection purulente dans le péritoine. Elle s'accompagne de vomissements, de contracture de défense de la paroi abdominale, d'altération du faciès. L'intervention amène rarement la guérison.

Heureusement, toutes ces complications sont très rares, surtout grâce à l'intervention chirurgicale.

DIAGNOSTIC

Les douleurs dans la fosse iliaque, l'impotence fonctionnelle du membre inférieur, son attitude vicieuse en flexion, l'empâtement iliaque, la sensation d'une collection, le signe de Gangolphe, l'état infectieux général, enfin la ponction exploratrice et l'examen du pus doivent suffire à affirmer la psoïtis.

Mais il existe un certain nombre d'affections qui peuvent simuler une suppuration du psoas ou encore se compliquer secondairement de psoïtis. Il faut donc éliminer la possibilité de toute infection du voisinage pour être sûr qu'il s'agit bien d'une psoïtis primitive.

L'arthrite aiguë de la hanche prête parfois à confusion. Mais elle se caractérise par un début brusque, par des signes généraux plus graves. La douleur à la pression siège au-dessous de l'arcade de Fallope. Les mouvements du membre inférieur sont impossibles par suite de fixité absolue de la hanche, tandis que dans la psoïtis il existe une intégrité fonctionnelle relative. Enfin, la radiographie, révélant l'existence des lésions osseuses, confirme l'arthrite.

La coxalgie s'accompagne longtemps d'un bon état général. Les mouvements de la hanche sont impossibles par suite d'atteinte de l'articulation, et il n'y a pas de tuméfaction de la fosse iliaque. A la radiographie, on constate des lésions osseuses.

L'appendicite présente une douleur à la pression au niveau du point de Mac-Burney. Elle est accompagnée de troubles digestifs et de signes de réaction péritonéale.

L'abcès froid ossifluent a une évolution lente et des signes fonctionnels peu marqués. L'examen clinique et radiologique permet de découvrir un mal de Pott.

L'abcès périnéphritique, surtout chez l'enfant, peut faire penser à une psoïtis haut située, mais l'état fonctionnel du membre est intégral.

L'adénopathie iliaque forme une tuméfaction profonde et peut simuler la tuméfaction de la psoïtis. Elle donne naissance à des attitudes vicieuses, mais celles-ci sont facilement corrigées. Elle peut souvent donner la psoïtis secondairement.

Après avoir éliminé toutes ces différentes maladies, il s'agit encore de savoir si la psoïtis est primitive. On recherche donc attentivement, par des moyens cliniques et à l'aide du laboratoire, toute lésion possible du voisinage. Mais les erreurs de diagnostic sont toujours possibles, surtout dans le cas d'appendicite rétro-cæcale.

L'exploration du pus permet parfois d'éclairer l'origine de la psoïtis. S'il est fétide, on peut conclure à une origine appendiculaire. Un pus couleur gelée de groseille caractérise les suppurations d'origine osseuse ou musculaire. Le pus qu'on rencontre dans les psoïtis primitives est louable, jaune verdâtre.

L'examen systématique du sang pourra donner des indications intéressantes. La modification de la formule leucocytaire permet d'affirmer une infection aiguë.

L'examen radiographique permet de rechercher toute cause osseuse primitive. Mais il faut prendre plusieurs clichés et à différents stades de la maladie, parce que les altérations osseuses sont souvent tardives.

On peut donc affirmer le diagnostic de psoïtis primitive si l'on n'a pas trouvé aucune lésion du voisinage et si « l'incision produit une guérison rapide, ce qui prouve que le squelette était indemne de la moindre lésion » (ROLAND).

TRAITEMENT

Le traitement qu'il faut instituer et qui amène la guérison de la psoïtis est l'intervention chirurgicale. Mais, avant de pratiquer l'opération et surtout au début de la maladie, un traitement médical s'impose.

Le malade est mis au repos complet, on lui applique des vessies de glace, des pansements humides, on lui fait des injections de propidon et on met en œuvre toute la médication anti-infectieuse.

Pour corriger l'attitude vicieuse, il faut immobiliser le membre en extension continue, qui fait souvent cesser la douleur.

POPESCU et PODÉANU ont essayé l'application des rayons X sur la hanche en extension, mais n'ont obtenu aucune amélioration.

Si après quelques jours il n'y a pas d'amélioration, il faut pratiquer l'intervention. L'opération ne présente pas de danger et donne des résultats excellents.

La technique opératoire consiste en une incision longue de 5 à 6 cm., faite un centimètre au-dessus de l'arcade crurale et parallèle à celle-ci. On traverse le plan musculo-aponévrotique des obliques, on écarte le péritoine et on aperçoit l'abcès qui bombe. On l'ouvre au moyen d'un bistouri ou d'une sonde canelée et on évacue le pus. Si l'on ne voit pas d'abcès, on enfonce la sonde plus profondément, dans la direction de la paroi osseuse, on trouve le foyer purulent que l'on crève. Il faut alors assurer un drainage suffisant au moyen d'un ou plusieurs drains, surveiller attentivement la plaie et faire des lavages antiseptiques. Après quelques jours, les drains sont enlevés et la cicatrisation se fait vers le quinzième jour.

COHEN-SOLAL publie une observation de POUCEL, qui a obtenu une cicatrisation plus précoce et une guérison plus rapide en pratiquant une fermeture primaire après l'incision. La plaie, dans ce cas, doit être très surveillée et les sutures enlevées dès la moindre alerte.

Une incision unique ne suffit pas toujours pour assurer le drainage; on fait alors une incision double, soit en un temps, soit secondairement.

Dans les cas de GABAS, presque toujours deux incisions, l'une iliaque et l'autre lombaire, ont été pratiquées. Une trépanation du bassin, pour assurer une meilleure évacuation du pus, est parfois nécessaire.

Donc une intervention chirurgicale, qui assure l'évacuation du pus, produit très vite une amélioration de l'état général et la disparition des phénomènes locaux. Le malade est guéri complètement dans trois ou quatre semaines qui suivent l'intervention. Des massages et une extension continue post-opératoire permettent parfois de récupérer plus vite les mouvements du membre.

Si l'on retarde l'intervention, et quelquefois malgré le traitement, des complications graves peuvent survenir.

La complication qui se produit le plus souvent est l'arthrite coxo-fémorale. Parfois, une immobilisation par extension continue produit la guérison; souvent, il faut pratiquer l'arthrotomie. Souvent, elle nécessite même la résection de la tête du fémur, surtout chez l'enfant, pour assurer un drainage plus parfait.

L'hémorragie foudroyante est très rare. Dans l'observation de LAROYENNE, citée par COHEN-SOLAL, et dans celle de POPESCU et PODÉANU, les malades ont succombé. Dans

une observation que nous avons reproduite plus haut, M. SALMON a pu sauver une malade en intervenant immédiatement après le début de l'hémorragie. Il a comprimé avec les poings la fosse iliaque, enrôlé des bandes d'Es-march autour des membres inférieurs, puis a exécuté une transfusion de 400 grammes, et après, placé deux pinces sur l'artère de deux côtés de la perforation. Au bout d'une huitaine de jours, les pinces sont tombées sans qu'aucune hémorragie n'ait reparu.

La péritonite aiguë est souvent mortelle malgré un très large drainage. M. SALMON a pratiqué chez sa malade, toujours la même, une laparotomie médiane, suivie d'une incision sous-péritonéale de la fosse iliaque gauche, et terminée par un drainage de la cavité péritonéale et de la fosse iliaque. Par ce traitement, il a obtenu la survie de sa malade.

PRONOSTIC

Le pronostic est bon. Si l'on intervient chirurgicalement et à temps, les malades guérissent sans troubles fonctionnels.

Cependant, il faut noter que des complications graves peuvent survenir, même malgré l'intervention. L'hémorragie foudroyante, les complications péritonéales, l'embolie pulmonaire sont presque toujours mortelles.

Quant à l'atteinte secondaire de l'articulation coxo-fémorale, GANGOLPHE avait pu écrire, en 1894 : « On n'a pas publié, de notre connaissance, un seul fait de guérison de psoïte compliquée de suppuration articulaire ». Aujourd'hui, le pronostic est loin d'être aussi sombre. L'intervention permet d'obtenir la guérison du malade, mais elle laisse souvent une raideur de l'articulation.

CONCLUSIONS

La psoïtis primitive est une affection assez fréquente. Elle survient surtout chez des enfants et des adolescents. Il semble que l'infection se fait surtout par voie lymphatique; les microbes arrivent des petites plaies superficielles infectées. La localisation au niveau du psoas est favorisée par un traumatisme.

Le malade présente un état général altéré. La cuisse prend une attitude caractéristique de flexion et, dans la fosse iliaque, on sent un empâtement dur, adhérent au squelette. L'articulation de la hanche est intacte.

Si l'on n'intervient pas, des complications graves, comme l'hémorragie foudroyante, l'arthrite coxo-fémorale ou la péritonite, peuvent survenir.

Au début de la maladie, on applique le traitement anti-infectieux, on fait l'extension continue et l'appareil plâtré; mais quand l'abcès est formé, il faut l'ouvrir et assurer un bon drainage.

Le pronostic est bon si l'intervention est précoce. Le malade guérit avec des résultats fonctionnels excellents.

BIBLIOGRAPHIE

- D'AUDIBERT CAILLE DU BOURGUET. — A propos d'un cas de psoïtis. *Société de Méd. Milit. Française*, 1929, pp. 13-15.
- BARRAS. — « Le Syndrôme psoïte chez l'enfant ». Thèse, Lyon, 1935-1936, N° 69.
- BESSON. — Du psoïtis secondanre à évolution tardive, d'origine infectieuse puerpérale. *Journal des Sciences Médicales de Lille*, 1903. Tome I, p. 1930.
- BRUNSWIC LE BIHAN. — Psoïtes d'origine appendiculaire.. (Rapport de PICQUE). *Bulletins et Mémoire de la Société Nationale de Chirurgie*, 18 janvier 1903.
- CHABAUD. — Les psoïtis en pathologie tropicale. *Cahiers de pratique médico-chirurgicale*, 1932, N° 3, mai-juin, pages 179-181.
- CLERGET. — « Contribution à l'étude de l'iliopsoïte et recherches sur la pathogénie ». Thèse, Paris, 1909.
- COHEN-SOLAL. — « Les suppurations aiguës primitives développées dans la gaine du psoas iliaque ». Thèse, Alger, 1936.
- COSTE. — Psoïtis simulant une appendicite. *Archives de Méd. et de Pharma. Milit.*, 1905. Tome XIX, pp. 543-545.
- DAUM. — Un cas d'abcès du psoas à évolution aiguë non bacillaire. *Beitrag für Urologie*. Tome XXIV, 1931, p. 397.
- FIGARELLA. — La psoïtis. *Archives de Médec. Générale et Coloniale*. N° 4, 1936.
- FLOURENS. — « Les psoïtis, suppurations de la gaine du psoas-iliaque. Thèse, Toulouse, 1924-25, N° 26.
- GABAS. — « Contribution à l'étude des suppurations aiguës du muscle psoas et de sa gaine ». Thèse, Lyon, 1930-31.

- GANGOLPHE. — Psoïtis et Traumatisme direct. *Lyon-Médicale*, 1897.
Tome LXXXIV, p. 125 .
- GOUNELLE. — Psoïtis confondue avec l'arthrite coxofémorale.
Bulletin de la Société de Médecine Militaire Française, 1923,
pp. 15-79.
- INGELRAUS et MINNE. — Onze observations de psoïtis chez des
enfants et adolescents. Rapport de A. Mouchet, à la Société
Nationale de Chirurgie, 1931, N° 8, pp. 349-353.
- JEANDIDIER. — Traitement du psoïtis aiguë. Thèse, Lyon, 1899.
- LOMBARD. — Quatre cas de psoïte chez l'enfant. Société de Chirurgie
d'Alger, février 1930.
- POPESCU, SEVERIN et PODÉANU. — La psoïte primitive chez l'enfant.
Spitalul an 54, N° 6, juin 1934, pp. 269-273.
- POUCEL. — Contribution à l'étude de la psoïtis chez l'enfant,
d'après dix observations personnelles. *Marseille Médical*.
Tome I, 15 avril 1923, p. 531.
- ROCHER et MALAPLATE. — Psoïte suppurée primitive à staphylocoques
chez l'enfant. Société de Pédiatrie, 18 décembre
1928.
- ROLLAND. — Trois cas de psoïtis primitives. *Archives de Médecine
et Pharmacie navales*, 1934, 129, p. 210, 217.
- SALMON. — Psoïtis suppurée. Rupture en péritoine libre. Ulcération
de l'artère iliaque externe. Guérison. Rapport de M. Jacques
Leveuf.
- VANNUCCI et di CUNTO (Sao-Paulo). — Psoïtis réactionnelle de
rause rare et de symptomatologie étrange. *Revue d'Orthopédie*,
1934, 4 juillet, pp. 336, 338.
- VERDUN. — La psoïtis. *Revenu Générale, Gazette des Hôpitaux*,
1909, pp. 1363-1369 et 1369-1402.
- VILLENEUVE. — Psoïte post-puerpérale. *Clinique de Chirurgie de
Marseille*. Tome I, 1888-1889.

Vu :

Nancy, le 13 juillet 1937.

Le Président de Thèse,

FRÉLICH.

Vu et approuvé :

Nancy, le 20 juillet 1937.

Le Doyen de la Faculté de Médecine,

SPILLMANN.

Vu et permis d'imprimer :

Nancy, le 20 juillet 1937.

Le Recteur de l'Académie,

L. BRUNTZ,

Président du Conseil de l'Université.

Table des Matières

• Introduction.	7
Observations.	8
Historique.	11
Anatomie.	13
Anatomie Pathologique.. . . .	14
Etiologie-Pathogénie.	15
Symptômes Cliniques.	17
Evolution et complications	19
Diagnostic.	21
Traitement.	23
Pronostic.	26
Conclusions.	27
Bibliographie.	28

RAPID'IMPRIMERIE - NANCY
